

La fièvre au cours des cirrhoses alcooliques avec ascite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri COMBE

Né le 31 Janvier 1928, à GRENOBLE (Isère)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Editeurs

42, quai Gailleton, 42

1954

LA FIEVRE AU COURS DES CIRRHOSES
ALCOOLIQUES AVEC ASCITE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La fièvre au cours des cirrhoses alcooliques avec ascite

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 15 Décembre 1954

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri COMBE

Né le 31 Janvier 1928, à GRENOBLE (Isère)



LYON
BOSC Frères
Imprimeurs-Editeurs
42, quai Gailleton, 42

1954

Doyen honoraire M. J. LEPINE. | Doyen..... M. HERMANN.
 Assesseur..... M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL, FAVRE,
 LEPINE, SAVY, MOURIQUAND TRILLAT, LERICHE, MAZEL, LEULIER.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHEIM.
Pharmacie et pharmacologie	X...
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	MARTIN J.-F.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
Médecine du Travail	(détaché à Beyrouth)
Parasitologie et pathologie exotique.	BOURRET.
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	GARIN.
Chimie organique et toxicologie.	ROCHET.
Pathologie générale et expérimentale.	CHAMBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	JOSSERAND.
Anatomie.	DELORE.
Pathologie interne.	GABRIELLE.
Chimie biologique et médicale.	CROIZAT.
Pathologie chirurgicale.	ENSELME.
Histologie.	MALLET-GUY.
Pharmacie galénique et matière médicale.	NOEL.
Médecine légale et déontologie.	REVOL.
Thérapeutique.	X...
Hygiène.	LEVRAT.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	SOHIER.
Propédeutique chirurgicale.	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique	NETIEN.
	BADINAND.



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique.	M. BANSSILLON	Pharmacie et pharmaco-	
Physique biologique.	M. BERGER.	gie.	M. DREVON.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie.	MM. COUDERT.	Bactériologie.	MM. BERTOYE A.
Parasitologie.	ROMAN.	Physiologie.	CHATONNET.
Histologie.	X...	Physiologie.	CIER.
		Biochimie médicale	CREYSSEL R.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale MM. BRUN.	Orthopédie.	MM. MARION Joseph.
Pathologie médicale GIRARD M.	Obstétrique.	BROCHIER.
Pathologie médicale GIRARD P.	Obstétrique.	MAGNIN.
Pathologie médicale JEUNE.	Obstétrique.	MATHIEU J.
Pathologie médicale VACHON.	Anatomie pathologique ..	GUICHARD.
Pathologie médicale GALY.	Anatomie.	LATARJET.
Pathologie médicale GONIN.	Urologie.	PERRIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.	Ophtalmologie.	PAUFIQUE.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.	Neuro-chirurgie.	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale LABRY.	Oto-rhino-laryngologie ...	X...
Pathologie chirurgicale TRILLAT.	Dermato-syphiligraphie.	THIERS.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Médecine légale et Méde-	
Pathologie chirurgicale MANSUY.	cine du Travail.	ROCHE.
Pathologie chirurgicale GUILLET.		

CHARGE DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGÉ

Hygiène.	M. BENAZET.	Pharmacologiste Pharmacie M. CIER André.
Histologie.	M. DUMONT Louis.	Chimie organique
Physique et Biologie.	M. MORET.	et Toxicologie. M. PERROT Louis.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

Président : M. LEVRAT ; Assesseurs : MM. CROIZAT, GIRARD M. et VACHON.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

Qu'ils trouvent ici un faible gage
d'affection et de reconnaissance.

A MA FEMME

A MES GRANDS-PARENTS

A MES FRERES, SŒUR et BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur LEVRAT

Au cours de plusieurs mois de stage dans son service et en suivant ses cours à la Faculté, nous avons pu admirer sa science et son humanité.

Il a bien voulu nous confier pour cette thèse un sujet qui lui est cher et il nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

M. le Professeur CROIZAT

Dans son service, nous avons fait notre premier stage. Nous le remercions d'avoir dirigé cette prise de contact avec la médecine et l'assurons de notre respect. Nous sommes honoré qu'il ait bien voulu siéger parmi nos juges.

M. le Docteur M. GIRARD

Il a déjà été notre juge bienveillant au cours de nos études. Nous sommes heureux qu'il ait accepté de faire partie de notre jury.

M. le Docteur VACHON

Nous sommes heureux de le compter parmi nos juges.

A NOS MAITRES

M. le Professeur P. RAVAULT

M. le Docteur RICART

M. le Professeur BERTRAND

M. le Professeur CIBERT

M. le Professeur POLLOSSON

M. le Docteur DARGENT

C'est aux stages effectués dans leurs services que nous devons beaucoup de nos connaissances. Nous les prions de bien vouloir accepter notre profonde reconnaissance.

A M. le Docteur LECROART

Chirurgien de l'hôpital de Moutiers

Les responsabilités qu'il a bien voulu nous donner au cours de l'année passée auprès de lui nous auront préparé à notre vie de médecin. Nous le remercions vivement d'avoir su, d'un séjour agréable, faire également un séjour profitable.

A Monsieur le Docteur TAMIGI

Médecin de l'hôpital de Moutiers

Qui nous a donné une haute idée du rôle du médecin de campagne. Nous l'en remercions.

A. M. le Docteur BELLEVILLE

Qu'il trouve ici un témoignage de notre respect.

A M. le Docteur REBUFFAT

Dont le dévouement en des circonstances douloureuses restera pour nous un exemple. Nous lui exprimons toute notre gratitude.

La présence de la fièvre au cours de l'évolution de la cirrhose alcoolique du foie avec ascite n'est pas de connaissance nouvelle. Néanmoins, si on la trouve mentionnée dans certains travaux (GILSON, dans sa thèse soutenue à Lyon en 1884 note que « dans la cirrhose, la température est très variable ; tantôt la maladie évolue sans fièvre, tantôt il y a une fièvre considérable et une température irrégulière »), beaucoup de traités classiques ne mentionnent pas l'élévation thermique dans leur description clinique.

CACHERA, GUY ALBOT et DUPUY écrivent : « la cirrhose est habituellement apyrétique, encore qu'une fièvre plus ou moins durable et plus ou moins accidentée puisse s'allumer en dehors de toute tuberculose. »

On attachait donc, semble-t-il, peu d'importance à cette fièvre du cirrhotique, que l'on considérait comme liée à une affection secondaire, tuberculeuse le plus souvent.

JAMBON, BALMES et BOURGUET, en 1930, individualisent une forme fébrile de la cirrhose de LAËNNEC dont ils observent 8 cas. Parmi ces 8 cas, si 2 ont un facteur infectieux qui explique l'élévation de la température (tuberculose - spécificité), les 6 autres semblent bien, après des examens poussés, être

indemnes d'infection et aussi ne pas entrer dans le cadre des « cirrhoses malignes ».

BASTAGLI et ORLANDI, en 1939, notent une température élevée chez 64 % des 108 cirrhotiques qu'ils étudient.

L'utilisation des antibiotiques a fait faire un nouveau pas à la question, ces dernières années, en nous mettant à même de juger avec une relative certitude la part qui revient à l'infection dans la cirrhose.

Nous avons étudié la courbe thermique d'une centaine de malades atteints de cirrhose alcoolique ascitique traités dans le service de M. le Professeur LEVRAT au cours de ces dernières années.

Il s'agit presque toujours de malades de la région lyonnaise qui reconnaissent boire depuis longtemps les quantités d'alcool, sous forme de vin, en général, mais aussi sous forme d'apéritifs ou de « digestifs » divers.

Ces malades ont, en général, été suivis longuement certains au cours de plusieurs séjours à l'occasion de rechutes de la maladie. Les durées d'hospitalisation varient pour la plupart entre 8 et 12 semaines, parfois même beaucoup plus.

FREQUENCE DE LA FIEVRE

Le pourcentage des cirrhoses ascitiques fébriles est tel que l'on est étonné de ne pas voir mentionnée l'ascension thermique dans la plupart des traités classiques.

FIESSINGER, dans le *Nouveau Traité de Médecine*, ne mentionne que l'hypothermie terminale.

Sur les 100 observations que nous avons étudiées, nous avons trouvé :

- 17 observations de malades dont la température s'est toujours maintenue aux environs de 37° sans jamais dépasser 37°5.
- 49 dont la température à un moment quelconque a été subfébrile, évoluant entre 37°5 et 38°.
- 33 malades ont une courbe thermique dépassant habituellement 38° le soir.

Enfin, 1 cas est à signaler où l'on note une nette tendance à l'hypothermie.

La température est donc au-dessus de la normale dans 82 % des cas que nous avons étudiés. Ce chiffre est comparable à celui (86 %) relevé par le Professeur LEVRAT, dans l'étude qu'il a fait paraître, avec BRETTE

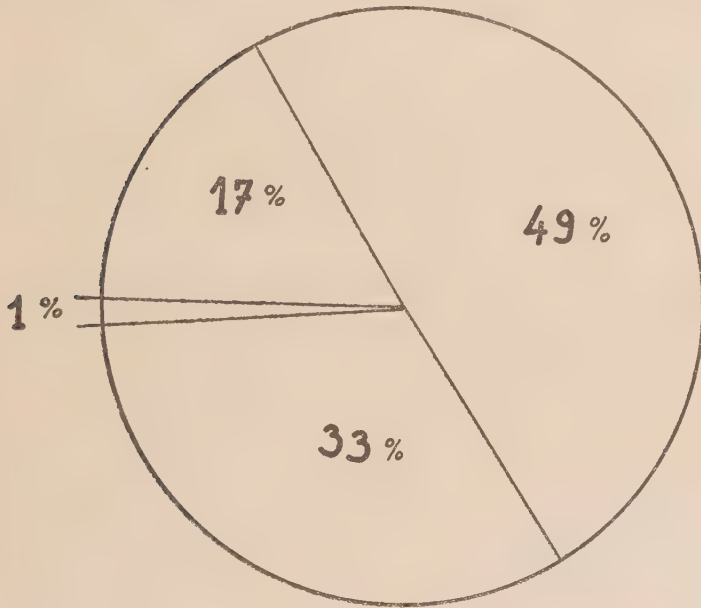
et TOLON, dans la revue « Gastroenterologia ». Etude qui portait sur 59 observations parmi lesquelles nous en avons repris 43, éliminant celles qui portaient sur moins de deux semaines.

Par contre, M. GIRARD fait état d'un chiffre nettement inférieur (64 %) dont il précise qu'il pêche sûrement par défaut, ses observations portant souvent sur des malades à la phase préterminale de leur cirrhose à laquelle l'hypothermie est fréquemment observée.

BASTAGLI et ORLANDI trouvent une fièvre élevée dans 64,8 % des cas qu'ils étudient.

Nous n'avons pas trouvé d'autre statistique française ou étrangère sur la question.

FREQUENCE DE LA FIEVRE
DANS LA CIRRHOSE ASCITIQUE



- 1 % hypothermiques : courbe située au-dessous de 36° .
17 % apyrétiques : courbe ne dépassant pas $37^{\circ}5$.
49 % subfébriles : courbe située habituellement entre $37^{\circ}5$ et 38° .
33 % hyperthermiques : courbe dépassant habituellement 38° .

TYPE DE LA FIEVRE

Si la courbe thermique considérée dans son ensemble a souvent une allure lentement et régulièrement descendante, il n'en est pas moins vrai qu'il est difficile de décrire un « type thermique » de la fièvre des cirrhotiques.

Même sans tenir compte, pour la recherche de ce type, des élévations thermiques dues à la thérapeutique (clochers des perfusions de plasma, par exemple) ou des fièvres d'origine infectieuse aiguë ou chronique, nous nous trouvons en présence de courbes qui sont loin d'être superposables.

Si, dans leur ensemble, les courbes « subfébriles » sont assez homogènes dans leur régularité, les courbes hyperthermiques, elles, revêtent volontiers une allure très oscillante : soit oscillations à grande amplitude entre la prise de température du matin et celle du soir, soit oscillations sans systématisation à haute température.

Le seul caractère que l'on retrouve avec une grande fréquence parmi les malades dont la courbe est hyperthermique, c'est une période subfébrile plus ou moins longue entre l'hyperthermie qui a pu céder plus ou moins vite, et l'apyrexie qui n'est, du reste, pas toujours obtenue.

Il convient également de remarquer que la plupart des températures élevées sont influencées par les antibiotiques qui les ramènent aux environs de 38°. La courbe thermique propre à la cirrhose, ou tout au moins la plus fréquente dans la cirrhose, semble donc être une courbe subfébrile étalée sur un espace de temps assez long, plusieurs semaines en général.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des courbes thermiques élevées pour lesquelles aucune infection semble en cause et qui sont dues à la cirrhose elle-même.

SIGNIFICATION DE LA FIEVRE

Dans un certain nombre de cas, on trouve une explication évidente à l'élévation thermique chez le cirrhotique.

Nous passerons rapidement sur les fièvres d'origine thérapeutique dont nous n'avons d'ailleurs pas tenu compte dans l'établissement de nos pourcentages.

Les perfusions de plasma, les transfusions sanguines sont fréquemment suivies d'un clocher plus ou moins élevé qui, de par sa répétition, est facilement rattaché à sa cause.

Nous avons observé également quelques fièvres médicamenteuses (gardénal - antibiotiques...).

Souvent, on peut reconnaître une cause infectieuse à l'élévation thermique.

C'est, dans certains cas, la tuberculose que l'on note. Nous avons trouvé, parmi les malades que nous étudions :

4 miliaires, 3 tuberculoses pulmonaires évolutives, une tuberculose ganglionnaire et, enfin, deux cas de tuberculisation du liquide d'ascite.

La tuberculose est donc en cause dans 10 % des cas au total, soit dans 12 % des cas fébriles.

Dans 4 % des cas, nous avons trouvé une infection du liquide d'ascite non tuberculeuse. L'infection est

parfois soupçonnée sur le vu de la cytologie du liquide car il n'a été possible de mettre que 3 fois un germe en évidence (2 fois un *Proteus*, une fois un *Streptocoque*).

Une infection urinaire a été mise en cause dans 3 % des cas par l'examen des urines dans lesquelles on a trouvé différents germes (*entérocoque* - *colibacille* - *staphylocoque*).

Dans 3 % des cas encore, c'est une infection pulmonaire aiguë qui est responsable de l'élévation de la température.

Dans un cas, il s'agissait d'un abcès de la fesse au point de piqure.

Enfin, un de nos malades avait des réactions sérologiques spécifiques positives ; nous le mettrons dans cette catégorie ainsi que deux chez qui les antibiotiques ont eu une action sur la température sans qu'ait été trouvée une explication nette à leur fièvre, ni par la clinique, ni par le laboratoire systématiquement sollicité.

(Un de nos malades avait un sérodiagnostic positif au mélitocoque, mais il était apyrétique).

Nous n'avons donc mis en évidence une étiologie infectieuse que pour 24 de nos malades fébriles, soit 30 %. Chez les 58 autres, soit 70 %, les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de mettre en évidence une infection quelconque.

Tous ces malades, cependant, ont eu des radiographies pulmonaires. Dans tous ces cas, des analyses cytologiques et bactériologiques des urines ont été

pratiquées. Dans la plupart des cas des analyses cytologiques et bactériologiques du liquide d'ascite ont été demandées avec inoculation dans les cas douteux.

De très nombreux cas, enfin, ont été traités par les antibiotiques et, à part les deux cas mentionnés, aucun de ceux chez qui il n'avait pas été fait la preuve d'une infection, n'a vu sa fièvre diminuer.

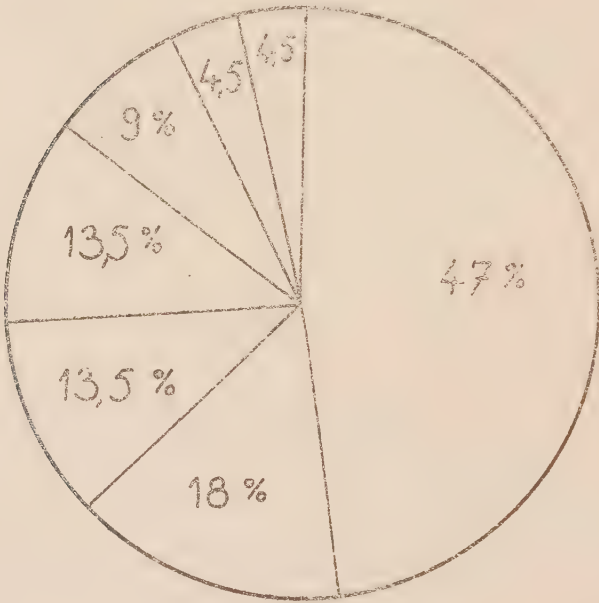
Pour 58 malades fébriles, il ne nous a donc pas été possible de mettre en évidence de cause infectieuse à l'origine de leur hyperthermie.

L'inefficacité des antibiotiques, largement et souvent concurremment employés, nous permettra, à la suite du Professeur LEVRAT, de considérer cette fièvre comme n'étant sûrement pas d'origine infectieuse.

Il est possible, évidemment, qu'une infection latente ait pu, dans certains cas, échapper aux investigations entreprises pour la rechercher ; il est possible également que cette infection latente n'ait pas été atteinte par les antibiotiques maniés *largà manu*, mais il reste malgré tout un pourcentage important de fièvres non infectieuses chez les cirrhotiques.

On peut d'ailleurs constater que, même dans les cas où les antibiotiques font baisser la température, il est rare que celle-ci revienne à la normale rapidement. Dans la majorité des cas, elle devient subfébrile et le reste souvent plusieurs semaines avant d'atteindre l'apyrexie.

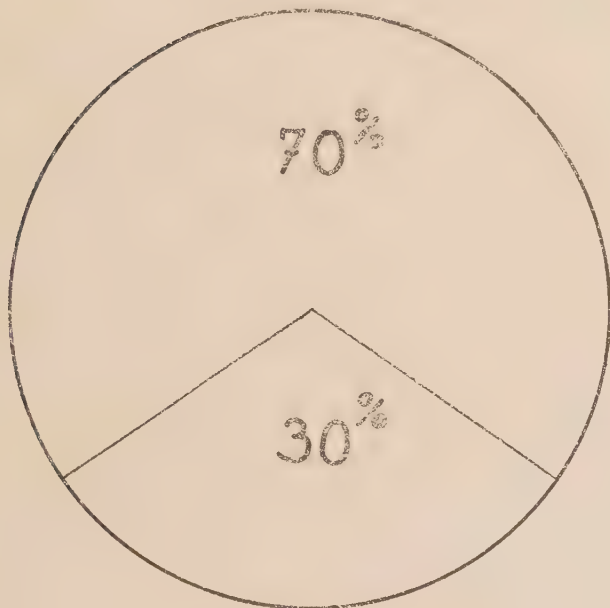
CHEZ 24 DES MALADES FEBRILES
NOUS AVONS TROUVE
UNE EXPLICATION INFECTIEUSE A LA FIEVRE.



Tuberculose dans 10 cas, soit 47 %.
Infection du liquide d'ascite dans 4 cas, soit 18 %.
Infection urinaire dans 3 cas, soit 13,5 %.
Infection pulmonaire dans 3 cas, soit 13,5 %.
Inefficacité des antibiotiques dans 2 cas, soit 9 %
Abcès de la fesse dans 1 cas, soit 4,5 %.
Spécificité dans 1 cas, soit 4,5 %.

des malades
dont la fièvre
est infectieuse

NOUS AVONS TROUVE UNE TEMPERATURE
AU-DESSUS DE LA NORMALE
CHEZ 82 MALADES.



On trouve une étiologie infectieuse qui explique la fièvre de 24, soit 30 % d'entre eux.

Chez les 58 autres, soit 70 %, on ne retrouve pas d'étiologie infectieuse.

Le chiffre que nous trouvons : 24 % de cirrhoses fébriles dont une cause infectieuse peut expliquer l'hyperthermie, est voisin de celui dont fait état le Professeur LEVRAT (25,5 %). M. GIRARD trouve un chiffre légèrement inférieur : 20,5 %.

Il existe donc un facteur pyrogène propre à la cirrhose.

La question est de savoir si c'est l'ascite qu'il faut considérer comme ce facteur pyrogène.

Nous avons, dans le but de répondre à cette question, recherché s'il y a un parallélisme entre la disparition de l'ascite et la chute de la température.

Dans 16 cas seulement sur les 58 malades fébriles observés (dont la fièvre n'était pas infectieuse), nous avons pu noter ce parallélisme, assez rigoureux pour qu'il puisse en être tenu compte — chez un de ces malades, il a même été possible de le noter au cours de 2 poussées successives à plusieurs mois d'intervalle. (La troisième poussée s'est terminée par la mort et la température n'a baissé qu'à la phase terminale de coma).

Dans 12 cas, les malades ont vu leur température s'abaisser sans diminution contemporaine de l'ascite.

Dans 7 cas, l'ascite ayant disparu avec le traitement médical, nous voyons la température persister.

Enfin, rappelons que nous avons 17 observations de malades qui, présentant une ascite certaine, souvent abondante, n'ont jamais vu leur température dépasser 37°5.

L'ascite n'est donc pas, si elle en est un, le seul facteur en cause dans l'hyperthermie non infectieuse du cirrhotique. Ceci est bien mis en évidence par le fait que chez des malades cirrhotiques anascitiques, on relève également un pourcentage important de températures élevées (36 %). (Nous ne parlons ici que des malades dont la fièvre ne relève pas d'une cause infectieuse). Ce chiffre, certes beaucoup moins important que celui (57 %) trouvé parmi les malades ascitiques, confirme néanmoins l'opinion exprimée que l'ascite n'est pas le facteur pyrogène de la cirrhose.

Il faut donc admettre l'intervention d'un autre facteur.

Si certains accès fébriles peuvent revêtir une allure angiocholitique — et OLMER en rapporte une observation typique où les sulfamides ont eu une action spectaculaire — nous avons pu constater que les antibiotiques n'agissent pas souvent sur de telles hyperthermies au cours de la cirrhose. GIRARD fait état d'une observation où la température revêtait un tel aspect et où le contrôle opératoire pratiqué par MALLET-GUY a permis d'affirmer l'intégrité absolue des voies biliaires.

Cette confirmation opératoire, ajoutée à la très fréquente inefficacité des antibiotiques, prouve que, sans nier la possibilité d'une angiocholite à l'origine de certaines fièvres « d'allure angiocholitique », toutes celles-ci ne relèvent pas de cette étiologie.

On a pu également, dans certains cas où après une

évolution favorable, la température remonte avec souvent une reprise de l'ascite, se demander si la pyéléphlébite ne peut être invoquée pour expliquer la température de la cirrhose. Même si on l'admettait dans tous les cas où il est possible, ce mécanisme, que les perturbations humorales propres à la cirrhose rendent difficilement contrôlable (temps de coagulation - taux de prothrombine) ne permettrait pas d'expliquer toutes les fièvres des cirrhoses.

Puisque l'ascite n'est pas le facteur pyrogène de la cirrhose, on en est conduit à rechercher un facteur hépatique.

Nous retrouvons ainsi la notion d'ondes évolutives de la cirrhose énoncée par FIESSINGER qui a également, par le test de déviation du complément, mis en évidence l'existence d'une « hépatotoxine » dans la cirrhose dont il fait une maladie « d'auto-agression », une maladie « auto-entretendue ».

LAPORTE et DARNAUD rattachent la température de la cirrhose à la résorption des produits toxiques de désintégration (hépatotoxine de Fiessinger ?) ou bien — et ils se rapprochent alors d'OLMER — à l'insuffisance hépatique, plus précisément à l'insuffisance de la fonction protéopexique du foie.

Les pourcentages que nous avons observé de cirrhoses anascitiques fébriles et indemnes de toute infection, tout en étant moindres que dans les cirrhoses ascitiques, sont suffisamment élevés pour que l'on puisse admettre l'existence de ce facteur hépatique, au sujet duquel nous ne pouvons mieux faire

qu'adopter la conclusion du Professeur LEVRAT quand il dit « que la fièvre aseptique des cirrhoses est une fièvre d'origine tissulaire, liée directement aux remaniements anatomiques du parenchyme hépatique et qu'on peut attribuer autant au processus de destruction épithéliale qu'au processus de prolifération conjonctive. »

Le Professeur LEVRAT ajoute qu'il compare volontiers pour sa signification biologique, la fièvre des cirrhoses à celle de l'infarctus du myocarde.

La fièvre peut donc, semble-t-il, être considérée comme un reflet de l'évolutivité de la cirrhose puisqu'elle est liée aux remaniements hépatiques, conséquence de la maladie. Nous allons essayer de confirmer cette notion en comparant la courbe thermique avec l'évolution de la V.S. et des tests hépatiques.

RELATIONS ENTRE LA TEMPERATURE ET QUELQUES AUTRES TESTS D'EVOLUTIVITE DANS LA CIRRHOSE

LA VITESSE DE SÉDIMENTATION.

LEVRAT, BRETTE et DETRY notent un parallélisme assez net entre Vitesse de Sédimentation et température dans 76 % des cas qu'ils étudient, tout en remarquant que la V.S. est plus élevée en général que ne le laisserait supposer la température.

Ils remarquent également que dans les trois quarts des cas, la V.S. est stable quand on considère son évolution sur quelques mois et qu'il n'y a pas de parallélisme entre l'amélioration clinique, la chute de la température et l'évolution de la sédimentation qui n'est pas influencée par les antibiotiques, même quand ceux-ci ont une action sur la température.

Cependant, chez 6 malades revus après 2 ou 3 ans, ils retrouvent une V. S. qui, si elle est encore plus élevée que la normale, a néanmoins baissé de 40 à 50 % par rapport au temps où ils étaient hospitalisés.

Or, l'accélération de la V.S. est un signe d'atteinte hépatique ; son parallélisme avec l'élévation thermique donne à cette dernière une signification analogue.

LES TESTS HÉPATIQUES.

Sont pratiquement toujours perturbés dans la cirrhose alcoolique du foie ; sur les 100 malades dont nous avons revu l'observation, nous n'en trouvons que 2 dont les tests hépatiques : GROS, MAC LAGAN et HANGERS, n'étaient pas modifiés.

Mais nous n'avons pu mettre en évidence aucun parallélisme entre la gravité de la perturbation des tests et l'élévation de la température, certains malades à température élevée ayant des tests moins perturbés que d'autres à température plus basse ou même normale.

Nous avons même pu constater que plusieurs mois après la sortie de certains malades, alors que la température était depuis longtemps revenue à la normale, les tests hépatiques restent perturbés. Le taux de prothrombine reste, lui aussi, très inférieur à sa valeur physiologique.

Ces tests hépatiques, tout comme la V.S., sont le reflet sincère de l'atteinte hépatique ; ils nous confirmeraient, s'il en était besoin, le caractère irréversible des lésions de la cirrhose, leur amélioration parfois constatée traduisant la suppléance exercée par un territoire indemne de l'organe.

Il semble que l'on puisse considérer la température à côté de ces tests, comme étant, dans une certaine mesure, le reflet de l'évolutivité des lésions qu'ils traduisent, donc de l'intensité du processus cirrhogène.

VALEUR PRONOSTIQUE DE LA FIEVRE

Voulant considérer la température comme un reflet de l'intensité du processus cirrhogène, nous avons cherché à sonder l'avenir de nos malades ; en d'autres termes, à voir si l'on peut accorder à la température une valeur pronostique.

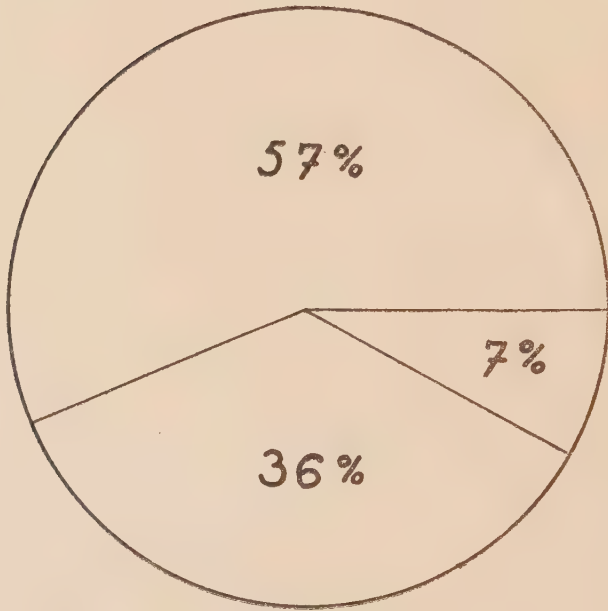
Signalons tout d'abord la difficulté qu'il y a dans tous les cas et plus, peut-être, chez les alcooliques que chez n'importe quels autres malades, à suivre l'évolution de la maladie sur un temps assez long.

Rares sont, en effet, les malades qui viennent se remontrer à la consultation ; ceux qu'on revoit sont souvent hospitalisés pour une rechute de leur maladie et, dans ces conditions, en dehors de ceux qui meurent à l'hôpital, il est trop souvent impossible de savoir de quoi a été fait leur avenir.

D'autre part, chez ceux que l'on revoit, la part de la reprise de l'intoxication, rarement avouée, est évidemment capitale sur l'évolution et fausse tous les pronostics qui avaient pu être établis.

Néanmoins, les seuls malades suivis jusqu'à leur fin permettent déjà quelques conclusions intéressantes.

PARMI LES MALADES FEBRILES

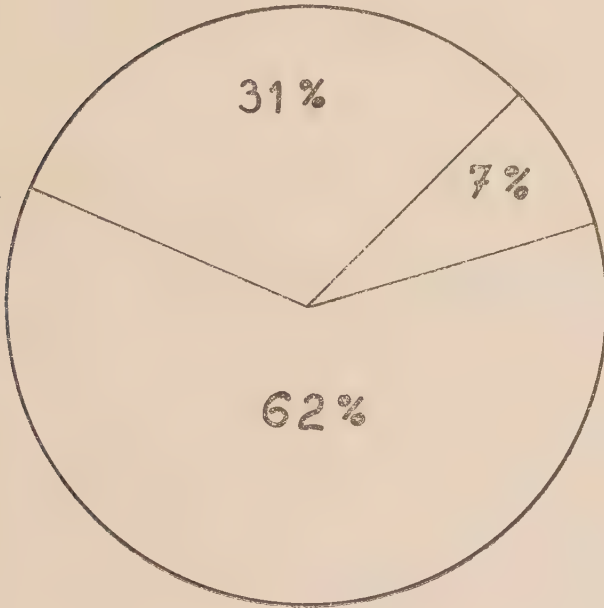


57 % meurent à l'hôpital.

7 % quittent le service considérés comme perdus.

36 % partent stabilisés.

PARMI LES MALADES APYRETIQUES



31 % meurent à l'hôpital.

7 % quittent le service considérés comme perdus.

62 % partent stabilisés.

— L'hypothermie, tout d'abord, est bien un élément de sombre pronostic ; on la voit fréquemment à la période terminale des cirrhoses, annonçant l'ictère grave et ce coma qu'il est convenu d'appeler « hépatique », sans qu'on trouve aucun stigmate biologique pour le caractériser. Celui de nos malades dont la température a toujours été hypothermique n'a pas failli à la règle.

— L'hyperthermie est également et bien évidemment un élément aggravant du pronostic. Nous relevons, en effet, dans cette catégorie de malades : 57 % d'hospitalisations terminées par un décès, 7 % quittent l'hôpital, considérés comme perdus, 36 % peuvent être considérés comme stabilisés lorsqu'ils partent, c'est-à-dire que leur température est normale, que leur ascite ne se reproduit plus.

Parmi les malades apyrétiques, la proportion de sujets qui sortent stabilisés est plus importante puisqu'elle atteint 62 %. 31 % meurent à l'hôpital et 7 % quittent le service dans un état tel que les plus grandes réserves doivent être faites quant à leur avenir immédiat.

La température, en définitive, semble bien revêtir une valeur pronostique dans la cirrhose puisque nous voyons qu'en gros les proportions de stabilisations et de décès sont inversées dans le cas des cirrhotiques ascitiques fébriles par rapport à ceux qui sont apyrétiques.

CONCLUSIONS

Cette étude portant sur une centaine d'observations de cirrhoses alcooliques avec ascite nous permet de relever une élévation anormale de la température dans 82 % des cas. Cette température est très élevée chez 33 % des malades, elle n'est que subfébrile chez 49 % alors que 17 % seulement des malades restent apyrétiques.

Parmi ces malades fébriles, nous en trouvons 24, soit 30 %, chez qui la fièvre est imputable à une cause infectieuse aiguë ou chronique. La tuberculose venant loin en tête de toutes les causes infectieuses (10 fois sur 24).

Dans plus des 2/3 des cas (70 %), les examens les plus minutieux ne permettent pas de trouver une étiologie infectieuse à cette fièvre, qui doit être considérée comme une fièvre aseptique liée directement à l'évolution du processus anatomique de la cirrhose.

L'étude de l'évolution immédiate permet de constater que les proportions de décès à l'hôpital et de départs de malades stabilisés sont pratiquement inversées quand on considère des malades fébriles et ceux qui sont apyrétiques.

Cette constatation conduit à accorder à la température une valeur pronostique relative dans la cirrhose. L'apyrexie indiquant l'absence d'évolutivité du processus cirrhotique apparaît, en somme, comme un élément favorable dans le pronostic plutôt sombre de la cirrhose.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
LEVRAT.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Novembre 1954

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- BASTAGLI et ORLANDI. — Contribution à l'étude clinique et statistique de la fièvre dans la cirrhose de Laënnec. *Giornale di clinica medica* 1949, XXX, n° 1, pp. 726-742.
- CACHERA, Guy ALBOT et R. DUPUY. — Maladies du Foie. (Flammarion). Paris, p. 437.
- CARAL. — Contribution à l'étude de la cirrhose alcoolique. Thèse - Lyon 1885.
- CATHALA. — Manuel de pathologie médicale. Masson, Paris, T. III.
- COLLET. — *Précis de pathologie interne*.
- COLLET. — *Précis de pathologie interne*. Doin, Paris.
- DEBOVE et CASTAIGNE. — La cirrhose de Laënnec. *Consult. médic. française*. 1909, fasc. VI.
- FIESSINGER. — Leçons sur les maladies du foie. Maloine, Paris 1953, pp. 207-214.
- FIESSINGER et ALBREAUX-FERNET. — Cirrhose du foie. *Traité de Médecine*. Masson. T. VIII, p. 356 et seq.
- GILSON. — De la cirrhose alcoolique graisseuse. Thèse - Lyon 1884.
- GIRARD et FRAISSE. — Considérations sur les poussées évolutives ascitiques des cirrhoses alcooliques. *Journal de médecine de Lyon*, n° 818, 5-2-54, pp. 105-113.
- JAMBON, BALMES et BOURGUET. — La forme fébrile des cirrhoses chroniques ascitogènes. *Arch. Soc. Sci. Médic. et Biol. de Montpellier* 1930, XI, pp. 538-542.

- KÜSNER. — über Lebercirrhose. *Klin. Vorträge* 141 (innere Medicine n° 48), pp. 1189-1224.
- LAPORTE et DARNAUD. — La fièvre au cours des cirrhoses veineuses. *Prat. médic. franç.* 1935, pp. 562-570.
- LEVRAT, BRETTE et TOLOT. — La fièvre au cours des cirrhoses alcooliques avec ascite. *Communication faite à la séance commune des Sociétés suisse et lyonnaise de gastroentérologie*, 1953. *Gastroenterologia Sep.* Vol. 80, n° 2/3, 1953.
- LEVRAT, BRETTE et DETRY. — Vitesse de sédimentation dans les cirrhoses alcooliques. *Rev. Int. d'hépatologie*. T. III 1953, n° 9, pp. 1077-1083.
- MAC CALLUM. — A text book of pathology. Saunders Philadelphia, London 1920, pp. 322-334.
- MOORE. — A text book of pathology. Saunders Philadelphia. London 1948, p. 760-769.
- OLMER. — La fièvre chez les cirrhotiques. *Concours Médical* 1947, 22 mars, pp. 505-507.
- PASTEUR, VALLERY, RADOT, HAMBURGER, LHERMITTE. — *Pathologie médicale*. Edil. méd. Flammarion, T. 1, pp. 570-603.
- RAVAULT. — *Eléments de pathologie interne*. Camugli. Lyon.
- SAVY. — *Précis de pratique médicale*. Doin. Paris.
- VILLARET et JUSTIN, BESANÇON. — Cirrhose du foie dans « *Nouveau Traité de Médecine* », de Roger Vidal, Tessier, Masson, T. XVI.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	11
Fréquence de la fièvre.	13
Type de la fièvre	17
Signification de la fièvre	19
Relations entre la température et quelques autres tests d'évolutivité dans la cirrhose	29
Valeur pronostique de la fièvre	31
CONCLUSIONS	35
BIBLIOGRAPHIE	37

